

## B-Streptokokken in der Schwangerschaft

Zwischen der 35. und der 37. SSW empfehlen wir Ihnen Test auf Streptokokken der Gruppe B als Selbstzahlerleistung:

<b>Erreger</b>	Streptokokken der Gruppe B (= Streptokokken agalactiae)
<b>Infektionsquelle</b>	Der eigene Magendarmtrakt ist das natürliche Reservoir und damit auch die Hauptquelle für die Besiedlung der Scheide. Während der Schwangerschaft ist die Besiedelung der Scheide nicht immer stabil. Eine Besiedelung zu einem frühen Schwangerschaftszeitraum ist nicht gleichbedeutend mit einer Besiedelung bei der Geburt und umgekehrt.
<b>Häufigkeit</b>	Bei 20 % bis 30 % aller Schwangeren sind im Vaginal- oder Enddarmabstrich B-Streptokokken nachweisbar, ohne dass diesem Befund ein Krankheitswert zukommt. Das Neugeborene infiziert sich während der Geburt bzw. schon vor der Geburt. Die Übertragungsrates nach einer Geburt durch die Scheide liegt bei 50 – 60 %.
<b>Symptome Mutter</b>	Für immunkompetente Erwachsene stellen B-Streptokokken keine Gefahr dar. Die Infektion wird nicht behandelt. Bei einer Infektion der Schwangeren kann es zu vorzeitigem Wehentätigkeit kommen.
<b>Symptome Kind</b>	Das Erkrankungsrisiko eines reifen Neugeborenen liegt dann bei 0,5 – 2 %, bei extremer Unreife (vor der 28. SSW) steigt das Erkrankungsrisiko auf bis zu 100 %. Beim reifen Neugeborenen kommt es am ehesten zu einer Lungenentzündung. Bei verzögertem Therapiebeginn kann es zu einer <a href="#">infektiöse Entzündung</a> des <a href="#">Knochenmarks</a> und zu einer Gehirnhausentzündung kommen. Je unreifer das Neugeborene ist, desto eher kommt es zu einer Sepsis ( <a href="#">Entzündungsreaktion</a> des gesamten Organismus). In 2 bis 5 Fällen pro 1000 Geburten kommt es zu schweren Krankheitsverläufen beim Neugeborenen mit einem Sterblichkeitsrisiko von 4 %.
<b>Diagnostik</b>	Sinnvoll und anzustreben ist ein Screening aller Schwangeren zwischen der 35. und der 37. SSW auf eine Besiedelung mit B-Streptokokken, da dies bei einem erhöhten Infektionsrisiko eine Prophylaxe ermöglicht. Dabei werden ein mikrobiologischer Abstrich aus dem unteren Drittel der Vagina und danach ein Abstrich mit dem gleichen oder einem neuen Watteträger aus dem After/Enddarm entnommen.
<b>Therapie</b>	Die Behandlung aller betroffenen Schwangeren während der Schwangerschaft ist nicht effektiv, da es innerhalb weniger Tage zur Wiederbesiedelung der Scheide kommt. Die Behandlung einer Schwangeren bzw. Gebärenden mit B-Streptokokken-Besiedelung ohne zusätzliche Risikofaktoren ist unnötig. Dagegen wird die gezielte antibiotische Behandlung einer Schwangeren unter der Geburt <i>mit und ohne</i> Geburtsrisiken dringend empfohlen, wenn B-Streptokokken nachgewiesen wurden.  Es wird empfohlen, eine Antibiotikatherapie unter der Geburt durchzuführen <ul style="list-style-type: none"><li>• bei positivem B-Streptokokken-Abstrich oder</li><li>• bei Vorgeschichte eines Kindes mit einer B-Streptokokken-Infektion</li><li>• oder bei fehlendem B-Streptokokken-Abstrich:<ul style="list-style-type: none"><li>• bei einer drohenden Frühgeburt (vor der 37. SSW)</li><li>• bei einem Blasensprung vor mehr als 18 Stunden</li><li>• bei Fieber der Mutter von <math>\geq 38,0^{\circ}\text{C}</math></li></ul></li></ul>
<b>Sinn des Screenings</b>	Das Screening zeigt, ob eine B-Streptokokken-Besiedelung der Mutter vorliegt oder nicht und ermöglicht dadurch einen differenzierten Umgang mit Antibiotika unter der Geburt. Somit werden sowohl eine unnötige Übertherapie als auch eine Untertherapie vermieden, bei der das Kind zu Schaden kommt.
<b>Kosten</b>	Die Abstrichentnahme kostet 12,50 €. Hinzu kommen noch 6 € Laborkosten.